UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 54

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA FORME MOYENNE

DE LA

SEPTICÉMIE EBERTHIENNE

PURE SUBAIGUË

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Mai 1910

PAR

Louis LAFOND

Né à Aubagne (Bouches-du-Rhône), le 31 Octobre 1879

PHARMACIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
CHEF DES TRAVAUX DE PHARMACIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
LAURÉAT 1er PRIX A L'ÉCOLE DE PHARMACIE
ANCIEN PRÉPARATEUR DU COURS DE PHARMACIE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
GRASSET, Professeur
LEENHARDT, Agrégé
GAUSSEL, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA FORME MOYENNE

DE LA

SEPTICÉMIE EBERTHIENNE

PURE SUBAIGUË

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 54

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FORME MOYENNE
DE LA

SEPTICÉMIE EBERTHIENNE
PURE SUBAIGUË

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Mai 1910

PAR

Louis LAFOND

Né à Aubagne (Bouches-du-Rhône), le 31 Octobre 1879

PHARMACIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
CHEF DES TRAVAUX DE PHARMACIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
LAURÉAT 1er PRIX A L'ÉCOLE DE PHARMACIE
ANCIEN PRÉPARATEUR DU COURS DE PHARMACIE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	RAUZIER, Professeur, *Président.*	
	GRASSET, Professeur	*Assesseurs*
	LEENHARDT, Agrégé	
	GAUSSEL, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HÉDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
GRASSET, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Hélas ! trop tôt ravie à mon affection.
Humble hommage de mon amour filial.

A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.
Je n'oublierai jamais ce qu'il a fait pour moi et je saurais m'inspirer de son exemple.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

Dont le temps ne saura effacer le souvenir.

A MON FRÈRE

Dont la gaieté est souvent pour moi un joyeux réconfort.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

Qui se montrèrent si bons pour moi.
Profonde reconnaissance.

L. LAFOND.

A MON EXCELLENT AMI ET MAÎTRE

LE DOCTEUR VICTOR AUDIBERT

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A qui nous devons le sujet de ce travail et qui nous aida de ses conseils et de ses travaux personnels.

Humble hommage de notre profonde gratitude.

A MON MAÎTRE DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DOMERGUE

De qui nous tenons toutes nos connaissances de pratique et de laboratoire.

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

LE REGRETTÉ DIRECTEUR QUEIREL

MESSIEURS LES PROFESSEURS

ODDO, ALEZAIS, LIVON, COUSIN

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

MESSIEURS LES PROFESSEURS

BOINET, DELANGLADE, IMBERT, OLMER

A MESSIEURS LES ADMINISTRATEURS

DES HOPITAUX DE MARSEILLE

L. LAFOND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Qui nous fit l'honneur de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉENHARDT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

L. LAFOND.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA FORME MOYENNE

DE LA

SEPTICÉMIE EBERTHIENNE

PURE SUBAIGUË

INTRODUCTION

« Il existe réellement des maladies étiologiquement parentes avec la fièvre typhoïde et qui ne sont pas pour cela la fièvre typhoïde ou des formes atypiques de cette affection. Il s'agit de toxi-infection eberthienne, la dothiénentérie ne représentant en somme qu'un incident de celle-ci. » Ainsi parle notre maître et ainsi le professeur Victor Audibert au début de son mémoire sur le processus eberthien, remarquable ouvrage tout récemment couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône (Prix Sirus Pirondi, 1910).

Dans une série d'articles antérieurs, dans le travail que nous venons de citer, aussi bien que dans son enseignement à la suppléance de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Marseille, le professeur Audibert n'a cessé de

défendre cette idée que la fièvre typhoïde ne constitue pas la synthèse eberthienne, qu'elle ne doit plus être désormais envisagée comme une maladie d'origine primitivement intestinale, mais comme l'expression d'une septicémie, et enfin qu'il existe autant de septicémies eberthiennes qu'il y a de modes réactionnels de l'individu.

Nous nous expliquons : jusqu'à ces derniers temps les traités classiques ont fait de la fièvre typhoïde le pivot de la pathologie eberthienne ; mieux encore l'unité : On décrivait donc la fièvre typhoïde commune, puis lorsque les traits cliniques se déformaient tant soit peu c'étaient les fièvres typhoïdes frustes, abortives, anormales, bizarres, compliquées, etc... Bon gré mal gré il fallait que ce fût une fièvre typhoïde et les types les plus disparates, les moins clairs entraient dans l'énigmatique chapitre des formes atypiques de la typhoïde.

On est même allé plus loin ; on a porté le diagnostic très précis de dothiénentérie avec séro-diagnostic de Widal positif, culture du bacille dans le sang positive, alors que l'autopsie démontrait l'intégrité absolue de l'intestin. Qu'importe ! On ne s'est pas embarrassé pour si peu, et l'on a décrit « la fièvre typhoïde sans lésion intestinale ».

Ainsi donc, la fièvre typhoïde a résumé jusqu'ici le bilan de nos connaissances sur les maladies eberthiennes. Or il nous semble avec le professeur Audibert que la clinique offre journellement des cas innombrables d'affections eberthiennes qui s'écartent considérablement du type schématique, et que vouloir leur trouver à tous une pathogénie restreinte et unique (intestinale), c'est enfermer la pathologie humaine dans des limites bien étroites.

Parmi ces nombreux faits que fournit l'observation, il est une forme souvent rencontrée qui saute pour ainsi dire aux yeux et qui pour les raisons que nous venons de donner est encore perdue dans le vaste cadre de la fièvre typhoïde. Cette forme d'allure relativement bénigne ne présentant aucun symptôme intestinal constitue un type atténué de maladie eberthienne que le professeur Audibert a dénommé septicémie eberthienne pure subaiguë de forme moyenne. Nous devons à l'obligeance de celui-ci deux observations que nous rapporterons en tête de ce travail. Avec les trois observations déjà publiées par notre ami cela fait cinq cas pour ainsi dire calqués les uns sur les autres et qui, nous l'espérons, ne resteront pas isolés.

Pour expliquer cette conception il nous faudra prouver : 1° que la fièvre typhoïde n'est qu'un chapitre du processus eberthien et que tout ce processus est bien le résultat d'une septicémie ; 2° que cette septicémie affecte des modalités diverses et multiples ; 3° que la forme par nous décrite ne constitue pas autre chose qu'une de ces modalités. Ce sera en somme la pathogénie.

Auparavant, après avoir donné le détail de nos observations, nous envisagerons la symptomatologie, l'évolution, l'étiologie et le diagnostic. Cette étude clinique constituera notre première partie. Nous terminerons par quelques mots de traitement.

Tel est l'exposé de notre travail. Notre seule ambition est de fournir en somme une modeste contribution à l'étude de cette forme de septicémie eberthienne individualisée par le professeur Audibert. Nous nous estimerons trop heureux d'avoir pu mettre en lumière quelques-unes de ses idées nouvelles à ce sujet.

OBSERVATIONS

Observation I

(Personnelle)

(Due à l'obligeance du docteur Audibert)

Jeune fille, 20 ans, Polonaise d'origine, née à Marseille, ayant toujours habité cette ville.

Antécédents personnels. — Nuls ; grand fond de nervosisme ; exerce la profession de dactylographe.

Antécédents héréditaires. — Néant. Père et mère en vie. Quatre frères ou sœurs bien portants.

Cette malade fut visitée pour la première fois le 15 décembre. Le début de son affection remontant à 6 jours; s'est fait par mal de gorge avec, disait on, des points blancs. Cette angine n'a pas été constatée par un médecin. Céphalée, anorexie, vomissements, lassitude générale.

A l'examen on note : 1° fièvre à 39°5 ; 2° tous les phé-

nomènes du début parmi lesquels dominaient l'anorexie et la céphalée ; 3° un état général relativement bon, sans grande prostration, ni état typhique ; 4° pas de troubles intestinaux, pas de douleur abdominale, pas de ballonnement, pas de diarrhée mais de la constipation ; 5° pas de tachés rosées.

On porte le diagnostic d'état eberthien confirmé par l'évolution qui se fit suivant le type de la fièvre muqueuse.

Du 15 au 21 décembre, en effet, la température oscilla entre 39° et 40°. Du 21 aux premiers jours de janvier 1908, elle descendit en lysis et le 7 janvier toucha 37°. Durant toute cette période le même état général persista excellent, l'anorexie et la céphalée disparurent rapidement, il n'y eut aucun trouble de l'intestin et pas de taches rosées. La malade était assise sur son lit, causant, lisant, recevant ses amies, parlant beaucoup, s'agitant, s'énervant de son immobilité. En dépit de l'état fébrile, on alimenta la malade le 1er janvier 1908.

Le 27 décembre 1907, le séro-diagnostic de Widal fut positif à 1/60.

Du 7 janvier au 26, la malade garda le lit à cause d'un léger état fébrile entre 37° et 37°8. Pendant toute cette période on ne nota qu'un peu de pâleur avec légère asthénie vespérale.

L'alimentation était normale, les fonctions digestives bonnes, l'état général des plus satisfaisants.

Le 25 janvier, la convalescente se lève et le 26 la température est à la normale.

Observation II

(Personnelle)

(Due à l'obligeance du docteur Audibert)

A... Marie, 21 ans, domestique, née dans l'Ariège, habite Marseille depuis 3 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Garnier, n° 33, le 9 octobre 1909.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère bien portants, un frère en bonne santé.

Antécédents personnels.— Insignifiants. Dans l'enfance une rougeole des plus bénignes, et c'est tout. Elle prétend cependant avoir eu au début de son séjour à Marseille une maladie fébrile qui dura quinze jours et fut diagnostiquée : fièvre muqueuse. Bien réglée.

Début de la maladie, il y a quatre jours, par de la céphalée très forte, des malaises vagues, de l'anorexie, de vomissements, quelques troubles nerveux : insomnie, cauchemars, des sueurs, mais pas de phénomènes intestinaux, pas d'épistaxis.

Examen actuel. — Malade non prostrée, répond bien, cause bien, est assise sur son lit. La langue est saburrale, sèche, anorexie et vomissements. Transpirations. Le ventre n'est pas ballonné, il n'existe pas de douleur à la pression, pas de gargouillements, constipation, pas de

taches rosées. Les symptômes nerveux sont presque nuls : légère céphalée, Kœrnig léger.

Rate non hypertrophiée. Cœur normal avec pouls à 160. Au poumon quelques sibilants.

La température est à 40°5 le jour de son entrée.

Les jours suivants, la température reste aux environs de 40°. A partir du 14 octobre jusqu'au 20, elle oscille entre 39° et 40°. Malgré cette fièvre accentuée l'état général est excellent ; pas de prostration, pas de céphalée, pas d'insomnie ; le malade demande de la nourriture ; à partir du 12 octobre d'ailleurs on lui donne du bouillon et vers le 15, c'est-à-dire en pleine période fébrile, des purées sans lui ménager le lait. Cependant les vomissements persistent. La constipation est toujours grande, mais il n'y a toujours pas de ballonnement du ventre, pas de douleur à la pression, pas de taches rosées.

Le 15, le séro-diagnostic de Widal avait été positif au 1/100. A partir du 20 la température commence à décroître et après quelques oscillations, elle atteint la normale le 30. Pendant toute cette période descendante l'affection a évolué avec les phénomènes généraux bénins que ceux déjà décrits. Nous avons noté seulement une langue saburrale, un peu de bronchite et de la tachycardie.

L'affection dura en tout 34 jours.

Observation III

V. Audibert. — Septicémie eberthienne pure subaiguë, forme moyenne. (Le processus eberthien.— Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1910.)

F... Rose, 28 ans, née à Marseille. Entrée à l'Hôtel-Dieu, le 10 octobre 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Père en traitement à l'hôpital pour œdème des jambes et ascite.

Antécédents personnels. — Néant. Mariée à un homme bien portant. A eu cinq enfants dont trois morts en bas-âge. Pas d'avortements, pas de syphilis avouée.

Début il y a 15 jours par lassitude, céphalée, courbature et très légère diarrhée. Pas de vomissements, pas de douleurs abdominales, pas de ballonnement du ventre, fièvre à oscillations vespérale.

Etat actuel. — Fièvre à 40°. Malgré cela on est frappé du bon état général. A peine un peu de prostration. Pas de Kœrnig. Langue suburrale, blanche, non sèche. Pas de vomissements. Ventre indolore non météorisé. Pas de diarrhée, pas de taches rosées. Rate et foie normaux. Toux fréquente ; râles bronchitiques dissimulés. Traitement : un entéroclyse isotonique tiède, 2 cachets de pyramidon de 0 gr. 30 par jour, diète, repos.

Les jours suivants même état à allure bénigne en dépit d'une température persistante de 39° à 40°.

Le 18 octobre. — État général excellent : la malade est assise sur son lit et cause avec tout son entourage. Elle est joufflue, grassouillette et ne se plaint de rien que de la faim. Quelques taches rosées, pas de signe de Kœrnig.

Le 19 on supprime les lavages de l'intestin pour mieux se rendre compte de l'état de cet organe. Rien de ce côté-là, les évacuations sont normales.

Le 25 le séro-diagnostic de Widal est positif au 1/100. La malade réclame avec insistance l'alimentation ; on donne du bouillon.

Le 30, température toujours vers 40. Etat général excellent, rien d'intestinal. On donne des purées.

Le 5 novembre, la température commence à baisser après 25 jours d'hyperthermie à 40°.

Les jours suivants le mieux s'accentue. Le 20 novembre malgré la fièvre on alimente la malade qui va toujours très bien.

Enfin vers le 28 la guérison est complète.

Observation IV

V. Audibert et F. Monges. — Septicémie eberthienne (La Clinique, Paris, 22 octobre 1909). — Septicémie eberthienne subaiguë (Le processus eberthien, 1910)

V..., âgé de 27 ans, né à Marseille, exerçant la profession de charpentier, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet 1909.

Début de la maladie il y a 8 jours par lassitude, asthénie, douleurs dans les jambes, anorexie, vomissements, épistaxis, toux fréquente, mais pas de diarrhée, en somme début lent.

A son entrée nous notons un état fébrile aux environs de 40°, de la céphalalgie, du Kœrnig très net, de la bronchite diffuse et généralisée, des sueurs abondantes. Il n'existe ni taches rosées, ni ballonnement du ventre, ni diarrhée, mais une constipation opiniâtre.

Ces phénomènes généraux sont nuls ou presque. En dépit de la température, de la céphalalgie, du Kœrnig, le malade n'est pas abattu, pas même somnolent. La rate est normale.

Du côté des autres organes rien de particulier, si ce n'est au cœur un second bruit aortique éclatant et au poumon des râles de bronchite diffuse.

Les jours suivants même état général excellent : température au-dessus de 39°. Pas de diarrhée, pas de taches rosées, pas de ballonnement du ventre.

4 août. — Le séro-diagnostic de Widal est positif au 1/100, légères épistaxis. Etat général parfait, la température baisse au-dessous de 39°.

6-7 août. — Kœrnig moyen. Sueurs nocturnes abondantes, constipation. Pas de taches rosées. La température baisse toujours 38°2 et 37°2.

Les jours suivants la fièvre continue à décroître. L'état général est toujours très bon et les phénomènes intestinaux absents. Le malade réclame de la nourriture. Nous l'alimentons du reste le 10 août alors que la température n'est pas encore à la normale.

Enfin le 18 l'épistaxis est complète, et le 20 le malade quitte l'Hôtel-Dieu pour aller à l'hôpital des Convalescents.

Les antécédents de cet homme nous apprenaient un éthylisme notoire et, dans la jeunesse, une arthrite du pied droit qui fut cataloguée bacillaire et grattée plusieurs fois. Toutefois, l'épreuve de l'ophtalmo-réaction pratiquée le 24 août fut négative.

Observation V

V. Audibert.— Septicémie eberthienne (*Marseille médical*, 1908. Le processus eberthien, 1910.)

C..., âgée de 29 ans, mariée, mère de 3 enfants, sans antécédents pathologiques antérieurs, me fait appeler le 25 novembre 1907 et me déclare s'être couchée sept jours auparavant, soit le 18 novembre.

Souffrante depuis le 6 novembre, elle eut donc un début de maladie sans fracas, caractérisée par une lassitude générale et de l'inappétence. L'état général étant bon, cette femme continue à vaquer à ses occupations.

Le 18, les phénomènes s'accentuaient ; elle me fit appeler. Je constatai : 1° des phénomènes généraux peu intenses, pas de céphalée, légère lassitude ; 2° des troubles gastriques consistant en anorexie, langue saburrale, non sèche et des vomissements, mais pas de diarrhée ; 3° un état fébrile vers 39°.

La malade cause bien et, assise sur son lit, se tourne

et se retourne avec aisance, n'est ni abattue ni somnolente.

Les jours qui suivent, je note une température à oscillations de 1 degré variant peu entre 38° et 39°. Ces oscillations sont régulières sans modifications du jour au lendemain et commencent à inquiéter la famille. Il existe encore des nausées et des vomissements.

Vers le 9 décembre, le même état gastrique persiste, mais sans diarrhée. Pas de taches rosées, il n'en a du reste jamais existé. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux. La rate est grosse. L'état général est excellent.

Cependant le thermomètre est invariablement fixé dans les mêmes limites. Depuis le 25 novembre, c'est-à-dire depuis 15 jours pleins, je constate cet état fébrile peu élevé (38° à 39°) avec exacerbations vespérales ; de plus, quelques phénomènes me paraissent inquiétants : d'abord de la toux avec expectoration bronchique, puis des sueurs abondantes. J'invite alors la famille à faire le séro-diagnostic et je réserve le pronostic *quoad futurum* dans le cas de la négative.

La réaction de Widal est nettement positive au 1/60.

Le 10, la malade eut une hématémèse dans un vomissement, hématémèse peu abondante que je mis sur le compte d'une gastrite persistante depuis le début.

Le 16 novembre je vis enfin arriver la défervescence. La température, après un lysis de 2 jours seulement, descendit à 36°9, mais pour remonter les jours suivants et osciller entre 37°, 37°8 et 38°. Quinine, pyramidon, cryogénine, entéroclyses, rien n'amena l'hypothermie.

Le 27, poussée à 38°7, puis le lendemain déferves-

cence et continuation des oscillations. J'alimente la malade.

Le 30, même état fébrile, mais phénomènes généraux nuls. Pas de diarrhée ; l'appétit est revenu.

Le 31, je trouve ma malade levée. Son entourage est arrivé à la persuader que le lit l'anémiait; elle se sentait du reste parfaitement bien et n'avait pas craint d'enfreindre mes ordres.

Le 10 janvier la fièvre n'a pas encore baissé et je parle d'un séjour à la campagne. Alimentation normale à sa faim. Levée à 10 heures tous les jours.

Enfin, le 17 janvier la température descend définitivement.

A l'encontre de ce qui se fait habituellement nous avons tenu à faire figurer nos observations et celles du docteur Audibert en tête de ce travail. Ce sont en effet les éléments constitutifs de notre étude et nous allons utiliser les matériaux qu'ils nous fournissent pour édifier cette thèse. C'est donc dire que nous partons de la clinique, source de la science médicale, pour essayer de dégager du fatras des faits concernant — la Fièvre typhoïde — un type qui nous paraît posséder son autonomie, qui n'est pas de la — Dothiénentérie, — mais qui constitue la septicémie eberthienne pure subaiguë dans sa forme moyenne.

ETUDE CLINIQUE

Ces cinq observations qui constituent à l'heure actuelle (et pour cause) les seuls faits cliniques qui permettent de définir la septicémie eberthienne pure subaiguë dans sa forme moyenne sont cependant l'expression d'un type qui s'observe journellement, que tout médecin praticien a eu maintes fois sous les yeux, c'est pourquoi il ne nous semble pas nécessaire de faire appel à d'autres observations pour dégager la formule clinique de notre sujet. Tous les cas se ressemblent ; ils sont pour ainsi dire calqués l'un sur l'autre.

Nous allons dans cet exposé nous efforcer de montrer combien dans sa marche cette forme de maladie eberthienne s'écarte de la fièvre typhoïde, nous réservant d'y insister davantage encore au moment du diagnostic ; nous n'avons pour cela qu'à la suivre depuis son début à travers sa période d'état jusqu'à la fin.

1. — Début. — Il se fait exactement suivant le type dothiénentérique, c'est-à-dire lent. Nous retrouvons là le début classique de tout le processus eberthien. Cette lenteur s'explique parfaitement par la résistance probable

vis-à-vis du germe de l'organisme réagissant suivant un mode subaigu. Si l'organisme, pour une raison quelconque, se trouve en état de moindre résistance, il est plus ou moins sidéré d'emblée, il s'agit alors d'une septicémie suraiguë ou aiguë, d'une fièvre typhoïde *qui ne constitue pas autre chose, comme le dit le Dr Audibert, qu'une septicémie eberthienne aiguë ulcérative.*

Nous constatons donc une certaine lassitude, de l'asthénie, de la céphalée et un phénomène assez constant : langue saburrale avec embarras gastrique très marqué ; vomissements allant même dans un cas jusqu'à l'hématémèse ; il semblerait presque que l'on est en présence d'un véritable embarras gastrique fébrile.

Cependant ce début traînant ne présente pas la longueur de celui de la dothiénentérie ; il varie entre quatre et sept jours. Assez rapidement et insensiblement le malade entre dans sa période d'état.

II. — Période d'état. — Continuation pour ainsi dire de début sans accentuation très notable de troubles morbides. Nous ne répèterons donc pas ce que nous avons dit, et nous insisterons sur certains caractères qui se retrouvent dans toutes nos observations et qui semblent vraiment pathognomoniques. Ce sont : la fièvre, l'intégrité de l'état général, l'absence de troubles intestinaux ; nous attachons une importance toute particulière à ces deux dernières.

1° *La fièvre* est le plus souvent traînante mais non toujours ; elle rappelle quelquefois dans son ensemble une courbe dothiénentérique avec stade amphibole prolongé. Elle peut donc être vive. Dans notre observation III, par exemple, nous constatons pendant vingt-cinq jours un

plateau très régulier entre 39° et 40°. Elle est d'autres fois moins intense (observation V), affectant alors un type continu à petites exacerbations vespérales simulant un tracé de bacillose. Quelquefois intense d'emblée elle cède rapidement (Observation IV). Il n'y a donc pas un type uniforme et cela se conçoit sans peine ; le contraire équivaudrait à prétendre qu'il existe en toutes circonstances un genre identique à lui-même et un terrain d'une susceptibilité à ce point invariable que les réactions se feraient toujours suivant un mode uniforme. Un tel énoncé constitue un non-sens en pathologie générale.

2° *Intégrité de l'état général.* — Ce qui singularise avant tout la forme moyenne de la septicémie, c'est la conservation parfaite de l'état général. On peut dire que l'état typhique n'existe pas, en dépit d'une température souvent élevée et parfois prolongée. Ainsi donc par cette stupeur caractéristique de la dothiénentérie, à peine note-t-on pendant quelques jours un peu d'accablement, puis, très rapidement, survient la détente. En pleine période d'état il n'est pas rare de trouver le malade assis sur son lit, causant de la pluie et du beau temps; il ne souffre de rien et réclame de la nourriture. Au 25 novembre, c'est-à-dire en pleine évolution, la malade de l'observation III accusait déjà une sensation de fièvre très pénible.

Le facies du sujet est calme, reposé, peu amaigri. Les yeux sont vifs, l'intelligence intacte : tout l'intéresse, il s'intéresse à tout et à tous, et se lèverait volontiers si on le laissait faire.

3° *Asbence de troubles intestinaux.* — Cet état général contrastant avec la température est cependant en rapport avec l'absence de troubles du côté de l'intestin. Ce troisième phénomène est des plus nets dans toutes nos ob-

servations. La langue est saburrale mais non sèche, ce n'est pas la langue rôtie du typhique. Il existe cependant des vomissements, c'est-à-dire de la gastrite mais pas de manifestation d'entérite. Le ventre n'est pas ballonné; à la pression on ne détermine aucune douleur et pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Enfin il n'existe pas de diarrhée mais plutôt de la constipation. Ce dernier signe négatif ne peut, à lui seul, faire préjuger d'un diagnostic anatomique puisqu'il existe des fièvres typhoïdes avec constipation. Il s'agit vraisemblablement dans la plupart des cas de septicémie pure et non de dothiénentérie, et quant à ceux qui ont été accompagnés d'autopsie avec ulcérations de plaques de Peyer, c'est, à n'en pas douter, qu'il s'est agi de forme sérieuse dans lesquelles l'intestin était certainement parésié et peut-être même paralysé. On peut affirmer en effet, comme dit le docteur Audibert, « qu'une dothiénentérie de forme moyenne, lorsque la motricité intestinale n'est pas touchée, doit fatalement s'accompagner de diarrhée », et il n'hésite pas à énoncer cette loi générale : « Tout état eberthien qui ne fait pas sa preuve n'est pas une dothiénentérie. En sorte que les septicémies pures doivent être plus fréquentes qu'on ne pense. »

A ces signes négatifs se joint encore l'absence de taches rosées lenticulaires et celles de toutes complications.

III. — Terminaison. — Le malade chaque jour constate une fièvre qui le désespère et attend patiemment la fin de cette hyperthermie qui l'oblige à une diète relative. La terminaison se fait encore insensiblement presque sans transition, pour ainsi dire, après une durée fort

variable et qu'il est impossible de fixer exactement. Il semble qu'il puisse exister de nombreux intermédiaires depuis la limite des formes aiguës jusqu'aux confins des formes chroniques.

En résumé, le type clinique de la septicémie eberthienne pure subaiguë moyenne est très fatalement reconnaissable. Il correspond en somme à ce que nos pères avaient surnommé *fièvre muqueuse* et que par atavisme nous continuons à appeler de ce nom. Certains plus audacieux ont parlé des fièvres typhoïdes légères ; d'autres un peu plus perpiscaces ont dit fièvres typhoïdes anormales. Nous ajoutons à notre tour que les fièvres muqueuses, typhoïdettes, dothiénentéries atypiques constituent bien des états eberthiens, mais ne sont pas la Fièvre typhoïde. — Nous espérons le prouver.

EVOLUTION

Les termes mêmes par lesquels nous avons défini notre septicémie nous indiquent sans qu'il soit besoin de beaucoup insister quelles sont sa marche et sa terminaison habituelles.

Septicémie subaiguë! donc forme plus ou moins durable dont la limite exacte est difficile à fixer ; quelquefois ce sont les trois septénaires classiques d'une dothiénentérie ; d'autres fois, comme dans notre observation V, les phénomènes se prolongent pendant 70 jours. On comprend que, suivant la ténacité du germe ou la résistance de l'organisme, il est possible de rencontrer des durées intermédiaires allant depuis les confins d'un état aigu jusqu'à ceux d'un état chronique.

Septicémie subaiguë moyenne! donc forme curable. Par conséquent après une période d'état qui, comme nous venons de le voir, ne présentent rien d'alarmant, les phénomènes s'amendent petit à petit sans qu'il y ait cette crise spéciale aux infections aiguës. Le malade entre en convalescence insensiblement et l'on n'assiste pas ici à cette fameuse fringale de la fin des fièvres typhoïdes,

puisque même au plus fort de la maladie l'appétit a été conservé.

Cette évolution si caractéristique nous autorise donc à individualiser notre affection et justifie bien le groupe nosologique qu'après le docteur Audibert nous nous efforçons de schématiser et de distraire des fameuses formes atypiques de la fièvre typhoïde.

ETIOLOGIE

Pourquoi à certains moments le bacille d'Eberth fait-il tantôt de la fièvre typhoïde et tantôt de la septicémie pure ? Il doit certainement exister une raison étiologique ou plutôt de multiples raisons. Sans vouloir les rechercher toutes et les approfondir, on peut cependant essayer de dégager la formule qui guide l'éclosion des divers états eberthiens, et par comparaison et par déduction expliquer celle de la forme qui nous occupe.

Deux grandes causes (qui du reste se retrouvent dans l'étiologie de toutes les maladies humaines) président à la genèse du processus eberthien : 1° la *prédisposition* et 2° le *surmenage*.

Plus ou moins, en effet, nous sommes tous porteurs de bacilles, tous nous les déglutinons plus ou moins, et pourtant nous ne nous infectons pas tous. Et même lorsque cela nous arrive nous ne présentons ni le même degré, ni le même mode de réaction. C'est dire qu'il y a des prédisposés. Si l'on voulait une simple démonstration journalière de ce fait, il suffirait de constater qu'un campagnard récemment débarqué dans une ville paye à la fièvre typhoïde un tribut autrement large que l'indigène

vivant pour ainsi dire au milieu des bacilles. Le campagnard est un prédisposé, ou ce qui revient à peu près au même le citadin est un immunisé.

Quant au surmenage, il faut l'entendre dans son sens le plus général. Comme disait Kelsch, on fait cultiver le bacille d'Eberth « quand on veut » et l'on peut dire vraiment que l'organisme le veut quand il est surmené. Ce surmenage ne doit pas être pris dans son sens restreint et nous ne saurions mieux le définir qu'en citant ce qu'écrit le docteur Audibert. Il faut entendre par surmenage en pathologie, dit-il, « le résultat des activités physiques ou psychiques avec toutes les nuances qui s'intercalent entre la mise en action de la force brutale pure irraisonnée et les mille formes de l'intellectualité mécanique artistique ou purement cérébrale. Il y a certes un coefficient difficile à évaluer, car il est d'autant plus malaisé d'exprimer la quantité de travail normal ou physiologique que peut fournir un individu, que l'accoutumance domine tout. Quoi qu'il en soit, lorsque la résistance cellulaire s'est exercée au delà de ses limites naturelles qui doivent être très précises, le surmenage est créé.

Quoi d'étonnant, dès lors, à ce que le processus eberthien éclose de préférence chez l'adulte, parmi les soldats, chez les ruraux récemment soumis à l'encombrement et aux excès des villes, après les exercices immodérés, les bons repas, les abus de coït, de danse, ou même de travail, chez les neurasthénisés, les abouliques, les tristes, les cérébraux, etc...

Ces deux grands facteurs : prédisposition et surmenage, se retrouvent encore dans l'étiologie spéciale des formes diverses de maladies eberthiennes. Il existe, en effet, des organes élus d'avance soit pas hérédité, soit par

idiosyncrasie, soit par acquis morbide. Empruntons à Widal et Ravaut un exemple typique ; un de leurs sujets depuis de longs mois atteint d'adénite tuberculeuse sous-maxillaire fait une fièvre typhoïde dans la convalescence de laquelle éclate une adénite aiguë du ganglion tuberculisé depuis longtemps. On incise ; le pus cultivé donne de l'Eberth à l'état de pureté. Autre exemple, la dothiénentérie présente généralement un début lent et insidieux, cependant elle éclate brusquement quelquefois comme l'avait signalé Rendu à la suite d'excès de fatigue. Vincent l'a notée chez les jeunes recrues d'Algérie non encore rompues avec les exercices violents du métier et Widal chez un homme qui avait dansé toute la nuit.

D'ailleurs l'apparition si fréquente de la dothiénentérie chez les adolescents et les adultes, sa rareté relative chez l'enfant prouvent bien la prédisposition de l'intestin par le surmenage. Cet organe, il faut l'avouer, n'est-il pas de tous le plus surmené et le plus malmené soit par les abus alimentaires, alcooliques et tabagiques, soit simplement par la flore microbienne imposante qu'il recèle.

Voilà pour la fièvre typhoïde, mais comme nous l'a montré notre étude clinique, à côté de la localisation intestinale de l'Eberth, il existe toute une série de maladies qui ne présentent pas de substratum anatomique. Ce sont, nous le répétons, les septicémies pures parmi lesquelles figure la forme subaiguë qui n'en représente qu'un degré ; dans celles-ci aucun organe n'est touché. Comme nous le verrons au chapitre Pathogénie, la septicémie pure mortelle s'explique expérimentalement par l'injection d'un germe très virulent, et cliniquement par la même virulence dont ces types récemment rapportés de fièvres typhoïdes à l'autopsie desquelles on n'a pu déceler la moindre lésion des plaques de Peyer..

Quant à la septicémie pure subaiguë moyenne il est aisé de comprendre qu'elle ressortit un germe de virulence atténué ou qu'elle se produit sur un organisme en partie immunisé ou encore qu'elle envahit un terrain vierge de toute tare.

Le relevé de nos observations est à ce point de vue fort suggestif. Nous constatons, en effet, que sur 5 malades 4 sont nés à Marseille, ont toujours habité cette ville et par conséquent présentèrent par ce fait une immunité relative. Le cinquième malade (Obs. II) habitait Marseille depuis 3 ans seulement, mais avait déjà présenté antérieurement une fièvre muqueuse ; donc ici encore immunisation relative.

Un autre fait qui nous frappe, c'est l'état du passé pathologique de nos divers malades. Obs. I : pas d'antécédents. Obs. II : rougeole insignifiante dans l'enfance, et cette fièvre muqueuse de 15 jours dont nous venons de parler. Obs. III : antécédents personnels, néant. Obs. IV : une arthrite du pied droit. Obs. V : pas d'antécédents. Par conséquent la septicémie pure est apparue chez des sujets dont l'organisme sain auparavant a permis une existence plus grande. La septicémie a été subaiguë, tandis qu'elle aurait pu être aiguë ou suraiguë si nous avions eu affaire à des tarés.

En résumé nous pourrons dire que l'état eberthien qui fait l'objet de notre thèse, nettement individualisé au point de vue clinique, l'est aussi au point de vue étiologique. Ce sont les deux grands facteurs du germe et du terrain qui interviennent ici ; nos malades ont fait de la septicémie pure parce que leurs organes et en particulier leur intestin parfaitement intacts n'ont pour ainsi dire pas cité le bacille ; celui-ci est resté cantonné dans le sang et n'a produit qu'une maladie générale. Cette septicémie a

été subaiguë parce qu'ils étaient en partie immunisés, parce que probablement leur germe était peu virulent, et parce que surtout ils possédaient au maximum leur moyen de résistance.

DIAGNOSTIC

Deux points sont à envisager : le diagnostic symptomatique et le diagnostic différentiel.

I. — Diagnostic symptomatique

Aucun élément de diagnostic dans la période d'incubation. La septicémie eberthienne pure subaiguë présente le début de tous les états dits typhiques : lenteur, adynamie, céphalée, asthénie ; en sorte qu'étant donné un tel mode d'invasion il est impossible de dire si l'on va se trouver en présence d'une dothiénentérie par exemple ou d'un simple type septicémique pur. C'est donc dans l'évolution ultérieure de la maladie que l'on trouvera les éléments d'un diagnostic précis.

La forme moyenne de la septicémie pure subaiguë se caractérise par deux ordres de symptômes : des symptômes positifs et des symptômes négatifs.

A. — Symptomes positifs. — On peut dire qu'ils se résument presque en un seul : *la fièvre*, mais celle-ci encore ne semble pas spéciale à la forme que nous étudions. Toute affection eberthienne en effet se traduit avant tout par de la température, qui sera plus ou moins élevée, plus ou moins prolongée. Il intervient là un grand facteur, le germe, qui suivant sa quantité, suivant son degré de virulence, donnera à la fièvre une allure différente. Il ne faut pas oublier que le terrain joue également un grand rôle et que chaque individu fait pour ainsi dire ses réactions d'une façon qui lui est propre. Il n'existe donc pas un type fébrile de la septicémie pure subaiguë pas plus qu'il n'y a un type immuable de la dothiénentérie. Si l'on voulait décrire notre affection d'après la fièvre il faudrait se résigner à envisager non pas un syndrome commun, mais une série de formes distinctes.

Cependant (toujours par comparaison avec la fièvre typhoïde, c'est-à-dire avec l'état eberthien de beaucoup le plus étendu) il faut reconnaître que dans la septicémie pure à forme moyenne, la fièvre, lorsqu'elle est vive, ne se maintient pas toujours très haut, elle tombe assez rapidement ; lorsqu'elle est peu élevée, elle a une tendance à durer davantage (Observations I, III et IV).

De toute façon ce n'est pas par la température que l'on portera le diagnostic.

Le second des symptômes positifs est un *état gastrique* assez spécial. Au début il existe de l'anorexie, mais celle-ci ne dure pas : elle devient même rapidement un symptôme négatif. Ce qui frappe davantage, c'est d'abord une langue saburrale, blanchâtre, épaisse, analogue à celle de l'embarras gastrique. L'estomac est intolérant : nous notons

en effet des vomissements dans presque toutes nos observations ; dans l'une d'elles (Observation V) ils furent presque incurables et s'accompagnèrent d'hématémèse. C'est du reste dans cette observation que nous avons vu persister le plus longtemps l'anorexie.

Quant aux taches rosées nous ne les avons notées qu'une seule fois.

Tels sont les signes positifs ; ils n'ont rien comme on le voit de très caractéristique. Par contre ils nous paraissent pathognomoniques si nous les rapprochons des symptômes négatifs.

B. — Symptômes négatifs.

1° *Pas d'état typhique.* — En dépit d'une température souvent élevée et quelquefois prolongée, le malade ne présente nullement l'aspect typhique : pas de prostration, pas de stupeur, pas d'adynamie. Le plus souvent il est assis sur son lit, réclamant impérieusement de la nourriture même pendant la période d'état. Ce symptôme frappe l'entourage qui croit avec peine à une maladie. Il faut bien avouer en vérité que, si l'on n'avait pas le thermomètre pour se guider, on serait quelquefois fort embarrassé pour obliger le patient à garder le lit.

2° *Pas de taches rosées.* — Nous répétons que nous ne les avons vues qu'une fois ; encore étaient-elles rares et légères. Dans nos quatre autres cas, il n'y en avait pas trace. Preuve évidente qui justifie la bénignité relative de l'affection, et la dénomination que lui a donné le docteur Audibert de forme moyenne de la septicémie eberthienne pure subaiguë.

3° *Pas de diarrhée.* — Dans un seul cas au début (Obs. III) existait une très légère diarrhée qui ne s'est pas maintenue et qui rapidement a fait place à de la cons-

tipation. Celle-ci est notée dans tous les cas que nous rapportons. Cette absence de diarrhée nous semble capitale pour le diagnostic, surtout si on la rapproche de l'ensemble des signes négatifs qui suivent.

4° *Pas de ballonnement du ventre.* — Le ventre ne présente en effet rien d'anormal. On n'a pas affaire à ce météorisme si particulier accompagné de cette tension toute spéciale de l'abdomen que l'on rencontre dans la dothiénentérie..

5° *Pas de douleur à la pression.* — On peut palper cet abdomen de toutes les manières, il ne se plaint pas.

6° *Pas de gargouillement* enfin dans la fosse iliaque droite, ce qui se conçoit sans peine puisqu'il n'y a pas de diarrhée.

7° *Le syndrome intestinal est absent.* — On ne se trouve donc pas en présence d'une dothiénentérie car, comme le dit très justement le docteur Audibert : « tout état eberthien qui ne fait pas sa preuve n'est pas une fièvre typhoïde.

En résumé, le diagnostic symptomatique de la septicémie pure subaiguë peut et doit être fait par l'étude d'un état fébrile eberthien sans typhisation et sans phénomènes intestinaux.

II. — Diagnostic différentiel

Certains états simulent la forme moyenne de la septicémie eberthienne pure : ce sont surtout l'embarras gastrique fébrile, la grippe, la fièvre de Malte surtout, et les infections paratyphoïdes. Nous pourrions évidemment citer encore d'autres noms ; nous nous bornerons à ceux les plus fréquents en clinique.

Mais avant d'énoncer brièvement la formule clinique

qui permet de distinguer ces maladies de la nôtre, nous voulons montrer combien la septicémie eberthienne pure subaiguë diffère de la dothiénentérie.

1° *Diagnostic avec la dothiénentérie.* — Comme le dit très justement le docteur Audibert (1), « s'appelleront désormais fièvres typhoïdes des états eberthiens caractérisés cliniquement par un syndrome intestinal spécial évoluant au milieu d'un cortège de phénomènes généraux, et anatomiquement par l'altération des plaques de Peyer ».

Il résulte de là que la fièvre typhoïde se singularise d'abord par l'état typhique souvent décrit, puis par des signes intestinaux : ballonnement du ventre, douleur à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite et diarrhée. Or la septicémie pure subaiguë dans sa forme moyenne ne présente, comme nous l'avons vu, aucun de ces symptômes ; l'état de stupeur accompagné d'adynamie et d'asthénie n'existe pas ; les réactions intestinales sont également nulles.

Cette absence du syndrome intestinal et typhique constitue le fait clinique pathognomonique qui sépare les deux états en question. Comment admettre en effet que des ulcérations intestinales puissent naître et se développer, sans que le ventre se météorise, sans que l'intestin ne manifeste aucune sensibilité, sans qu'il y ait de la diarrhée. Nous savons aujourd'hui qu'il ne faut pas attacher à ce dernier symptôme plus d'importance qu'il n'en a, puisque, d'après les récentes recherches de Triboulet et de Ribadeau-Dumas, il peut exister dans les états infectieux une diarrhée assez abondante par élimination toxinique au

(1) V. Audibert. — Septicémie eberthienne, *Marseille Médical*, 1908, n° 18.

niveau des glandes. Cependant on ne peut affirmer que (en l'absence de toute vérification anatomique) on se trouve en présence d'une dothiénentérie lorsqu'il n'existe aucun des signes de la triade symptomatique intestinale (météorisme, douleur et diarrhée). On a affaire dans ce cas à une septicémie sans localisation organique.

Nous estimons donc que la septicémie eberthienne pure subaiguë à forme moyenne se différencie très nettement de la fièvre typhoïde et mérite bien l'individualité nosographique que lui a donnée le docteur Audibert.

Toutefois si l'on voulait malgré tout la faire entrer dans le vieux cadre de la *fièvre thyphoïde synthèse eberthienne*, on pourrait peut-être lui trouver une certaine ressemblance avec ce que l'on a appelé la *fièvre muqueuse*. Or celle-ci nous paraît bien correspondre à la forme que nous décrivons. Que l'on veuille bien se donner la peine de relire les observations à ce sujet et l'on s'apercevra bien vite que la plupart des affections rangées sous la rubrique fièvre muqueuse ne sont en réalité que de pures septicémies subaiguës à bacilles d'Eberth.

2° *Diagnostic avec l'embarras gastrique fébrile.* — Murchinson prétendait que la plupart de ces soi-disant embarras gastriques n'étaient en réalité que des fièvres typhoïdes. Et de fait on constate souvent des affections bâtardes dont le tableau semble à quelque chose près calqué sur celui-ci de la fièvre muqueuse : état fébrile, langue saburrale, phénomènes digestifs, vomissements, anorexie, etc... Nous n'ajouterons qu'un correctif à cette judicieuse réflexion de Murchinson, c'est que beaucoup de ces embarras gastriques ne sont pas à proprement parler des fièvres typhoïdes, mais bien des formes eberthiennes purement septicémiques.

Cependant l'embarras gastrique existe en tant que mala-

die propre. Comme la forme que nous décrivons il se caractérise par des phénomènes digestifs souvent accentués et une allure de gravité très modérée ; il s'en distingue cependant par certains caractères. D'abord un début moins traînant, plus brusque, ensuite un cycle fébrile moins constant : les températures sont plus désordonnées, moins régulières ; enfin une évolution plus courte. Mais surtout un symptôme nous paraît essentiel : dans l'embarras gastrique fébrile, jamais à la période d'état on ne constate l'appétit et spécialement cette façon délirante qu'accusent les malades atteints de septicémie pure à l'acmé de leur affection. Nous croyons donc qu'il est relativement facile de différencier ces deux maladies.

3° *Diagnostic avec la grippe.* — La grippe constitue en médecine une sorte de *caput mortuum* dans lequel on a fait entrer bien des syndromes qui lui sont étrangers. Cependant elle est suffisamment caractéristique pour qu'il soit permis d'en faire un diagnostic précis. La septicémie pure eberthienne subaiguë à forme moyenne simule la grippe thoracique, puisque comme nous l'avons vu dans l'observation V on constate quelquefois une toux opiniâtre avec expectoration abondante et prolongée. Pourtant les quintes de toux grippales sont beaucoup plus fréquentes et intenses ; on peut dire qu'elles constituent presque toute la maladie. Le début de celle-ci traîne moins que dans la septicémie et est plus bruyant ; le malade accuse une courbature tout à fait spéciale avec de la céphalalgie gravative, enfin pendant la période d'état il est beaucoup plus accablé, et la convalescence ne survient pas aussi spontanément. Quant à la grippe intestinale et à la grippe asthénique elles sont suffisamment individualisées par leur dénomination même pour qu'il soit nécessaire d'insister, la septicémie pure à Eberth ne présentant pas de

phénomènes intestinaux et ne s'accompagnant pas d'accablement bien marqué.

4° *Diagnostic avec la fièvre de Malte.* — C'est évidemment un des diagnostics les plus délicats. La fièvre de Malte se caractérise, en effet, la plupart du temps par un ensemble de symptômes rappelant ceux d'un état eberthien atténué. Qui plus est, on ne constate aucun phénomène intestinal, ni taches rosées, cependant il est encore permis de différencier cette affection de la forme moyenne de la septicémie eberthienne pure subaiguë. La température est des plus caractéristiques dans la fièvre de Malte : c'est après une période incertaine de début une période d'état qui ne présente pas le plateau des formes à Eberth, mais qui évolue entre 39° et 40° avec de petites oscillations assez régulières de 1 degré; ces oscillations se maintiennent à la période de défervescence qui est en général d'assez longue durée. Puis la normale est atteinte mais pour un jour ou deux seulement; une nouvelle poussée se produit avec une montée présentant les mêmes oscillations, une période d'état semblable à la première et un nouveau lysis équivalent au premier. On a donc sous les yeux une série de montées et de descentes assez comparables à des tracés d'ondulations, ce qui a valu à cette forme thermique le nom de *fièvre ondulante.* Nous avons eu une de nos observations rappelant un peu les oscillations de la fièvre de Malte mais sans les ondulations caractéristiques.

L'intégrité de l'état général, l'absence de météorisme, de sensibilité du ventre, de gargouillement et de diarrhée, l'évolution presque toujours bénigne (2 % seulement de cas mortels), autant de symptômes qui servent à individualiser la fièvre de Malte et qui nous ont servi à mettre sur

pied, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le type moyen de la septicémie eberthienne pure subaiguë.

Il faut par conséquent d'autres signes qui lèvent les doutes. Ils nous sont fournis par le laboratoire. La fièvre de Malte est due à un germe spécial, le *micrococcus melitensis* de Bruce, très facilement décelable dans le sang et qui agglutine par le sérum des malades suivant le procédé Wright. Notre affection à son tour est engendrée par l'Eberth facile à distinguer d'un coccus et qui agglutine suivant la réaction Widal. En présence d'un cas embarrassant cette dernière réaction franchement positive lèvera donc tous les doutes.

5° *Diagnostic avec les paratyphoïdes.* — Encore un diagnostic délicat. Les maladies décrites sous ce nom par Achard et Bensaude en 1896 simulent à s'y méprendre des états eberthiens de gravité moyenne et qui la plupart du temps guérissent. Même symptomatologie, par conséquent : il s'agit encore d'une pyrexie atténuée sans syndrome intestinal spécial, c'est-à-dire un tableau qui se rapproche beaucoup du nôtre. Qu'y a-t-il d'étonnant à cela? L'organisme n'a pas deux façons de réagir à l'attaque d'agents nocifs d'intensité moyenne comme un paratyphoïde par exemple ou un Eberth peu virulent, il oppose une résistance dont l'expression sera sensiblement identique dans les deux cas. Dans les deux cas, dit-il, il s'agit de septicémie, car si le fait est aujourd'hui indéniable pour l'Eberth (1), il ne l'est pas moins pour le paratyphoïde, comme l'a montré pour la première fois Gwyn en 1898 et après lui bien d'autres auteurs.

---

(1) V. Audibert. — L'Eberthémie (Revue générale *Gazette des hôpitaux*).

Il faut donc pour arriver au diagnostic demander un supplément d'enquête moins à la clinique qu'au laboratoire. Or le séro-diagnostic de Widal est là pour nous éclairer; quant aux paratyphiques ils agglutinent chacun avec son sérum.

Si l'on veut pousser plus loin l'investigation et s'adresser à l'hémoculture on peut alors noter des particularités assez intéressantes. Les paratyphiques comme l'Eberth et comme le colibacille sont tous des bâtonnets mobiles qui ne prennent pas le gram. Toutefois les paratyphiques se différencient du colibacille en ce qu'ils ne produisent pas d'indol et ne coagulent pas le lait. Ils diffèrent de l'Eberth en ce qu'ils rendent fluorescents l'agar rouge neutre et l'éclaircissent sur gélatine. Leurs colonies sont rondes, brillantes, irrégulières et ne dessinent pas des sillons rectilignes; en milieu de Drigalski-Conradi ces colonies sont bleutées comme celles du bacille d'Eberth mais plus grosses et moins transparentes.

PATHOGÉNIE

Nous avons réservé ce chapitre pour la fin, car nous pensons qu'il doit constituer comme une synthèse des idées que nous avons émises. Il est, de plus, très important et demande certains développements. Il nous faut, en effet, après avoir exposé ce qu'est la forme moyenne de la septicémie eberthienne pure subaiguë, dire pourquoi ce type clinique décrit jusqu'ici sous le nom générique de fièvre typhoïde mérite bien d'être envisagé comme une individualité. Pour cela, il nous faudra sortir des limites étroites des traités classiques et considérer non pas un petit coin de la pathologie eberthienne, mais bien l'ensemble des réactions que produit le bacille spécifique dans l'organisme.

A cet effet nous allons nous efforcer de résoudre plusieurs problèmes, nous inspirant pour cela du travail du docteur Audibert, auquel nous ferons de larges emprunts :

1° *Il existe un processus eberthien, résultat d'une septicémie ;*

2° *Cette septicémie affecte des modalités diverses et multiples ;*

3° *La forme que nous décrivons ne constitue pas autre chose qu'une de ces modalités.*

1° Il existe un processus eberthien résultat d'une septicémie.

C'est au laboratoire qu'il faut demander la preuve de cette assertion. Dans deux beaux mémoires parus presque à la même époque dans les Annales de l'Institut Pasteur, Sanarelli, puis Chantemesse et Widal ont montré qu'en se plaçant dans certaines conditions de virulence et de quantité des germes, de résistance animale, on parvenait à réaliser de toute pièce un état septicémique dont les étapes sont les suivantes :

a) D'abord une septicémie suraiguë foudroyante qui tue en quelques heures et en hypothermie.

b) Puis une septicémie aiguë un peu moins rapide ; l'organisme ébauche un semblant de lutte qui se traduit par un léger stade hyperthermique de quelques heures, auquel succède rapidement l'hypothermie suivie de mort.

c) En troisième lieu, une septicémie pouvant durer dix à douze jours, se terminant encore par la mort.

Dans toutes ces formes l'autopsie ne décèle pas d'ulcérations intestinales. On note simplement une congestion diffuse de tous les organes, résultat d'une toxhémie, et lorsque la maladie a duré un certain temps, comme dans la septicémie subaiguë, à cette congestion s'ajoute un simple gonflement des plaques de Peyer.

L'expérimentation nous fait donc assister à l'évolution d'une affection eberthienne purement septicémique.

Ce n'est pas tout, certains faits sont fort suggestifs. Frænkel et Simmonds, Walter-Cygnœus par exemple, provoquent par injection d'Eberth soit dans les veines,

soit dans le péritoine, soit dans l'intestin, une affection qui peut durer de 7 à 30 jours avec diarrhée et amaigrissement; à l'autopsie, il n'existe pas encore d'ulcération, mais une tuméfaction très considérable des plaques de Peyer.

Dans une autre série d'expériences, Frænkel fut plus heureux, un de ses cobayes mourut au dixième jour après inoculation et son autopsie permit de constater dans la partie inférieure de l'intestin une ulcération circulaire de 5 millimètres de diamètre.

Chantemesse et Widal, sur un lapin inoculé dans la veine marginale et sacrifié au quatorzième jour, notèrent une plaque iléo-cœcale volumineuse portant un petit ulcère lenticulaire.

Voilà donc des faits intermédiaires entre les formes pures et les formes à localisation organique, nous voulons parler de la fièvre typhoïde.

d) La fièvre typhoïde, en effet, bien que très difficile à obtenir expérimentalement, a été réalisée de toute pièce il y a plusieurs années déjà par Chantemesse et Ramond, puis par Remlinger en 1897, par Gilbert et Girode en 1891, par Weindberg en 1906. Tous ces auteurs se sont servi d'un germe moins virulent que celui servant à provoquer la septicémie pure aiguë et ils sont parvenus à produire un type eberthien dont le cycle fébrile est superposable à celui de la dothiénentérie humaine, dont l'évolution clinique également semblable présente une allure subaiguë pouvant durer jusqu'à 30 et 40 jours et dont l'anatomie pathologique décèle l'altération et l'ulcération de l'intestin.

Nous noterons en passant, à titre de pure rectification historique, combien est déplacée la réclame faite tout

récemment autour des derniers travaux de Metchnikoff à ce sujet.

Comme il est facile de s'en rendre compte, la fièvre typhoïde au point de vue expérimental ne représente pas autre chose qu'une étape du processus eberthien, c'est-à-dire un type subaigu primitivement septicémique (puisqu'on la réalise par l'injection sous-cutanée d'une culture pathogène) et secondairement localisée à l'intestin.

Et enfin, la suppuration eberthienne constitue le dernier stade expérimental. Il faut utiliser pour cela des cultures peu virulentes, tout à fait incapable d'engendrer la septicémie aiguë ou subaiguë. On obtient ainsi des abcès sous-cutanés, des abcès osseux ou articulaires, c'est-à-dire une suppuration localisée. Celle-ci entraîne rarement la mort ou quand elle la produit c'est après une longue cachexie eberthienne.

En résumé, grâce à la médecine expérimentale on comprend combien le processus eberthien doit être envisagé sous un jour beaucoup plus général qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Un dans son essence, il est toujours le résultat d'une septicémie puisque, quel que soit le mode rationnel envisagé suraigu, aigu, subaigu, suppuratif, chronique), on le réalise en entier par la simple injection de culture soit dans les veines, soit dans le péritoine, soit sous la peau, soit sous l'intestin.

2° Cette septicémie affecte des modalités diverses et multiples:

A n'envisager que les résultats de l'expérimentation, la conclusion logique est celle que nous venons d'énoncer. Mais le laboratoire ne possède pas la finesse de la clinique ; l'expérimentation n'est qu'un schéma car

elle ne saurait aboutir à cette dissociation symptomatique que réalise spontanément l'organisme humain quand il veut extérioriser sa souffrance ; c'est dire que nous retrouvons en pathologie humaine des formes inoculables que l'on a, bien à tort, rangées sous le nom de fièvre typhoïde.

Il existe bien une fièvre typhoïde, c'est-à-dire la dothiénentérie de Bretonneau ; c'est de beaucoup le type eberthien le plus fréquent et surtout le plus étudié, il constitue en définitive une septicémie plus ou moins subaiguë rapidement localisée sur l'intestin.

Mais la fièvre typhoïde n'est pas tout, il existe vraiment des septicémies pures eberthiennes sans localisation organique, puisque la clinique nous offre le tableau classique de maladies cataloguées fièvre typhoïde à l'autopsie desquelles on n'a pas rencontré la moindre altération des plaques de Peyer. Sacquepée et Chevreul ont fait récemment le bilan de tous les cas connus rapportés sous le nom de *fièvre typhoïde sans lésion intestinale*, il s'agit en l'espèce non pas de fièvre typhoïde, mais bien de *toxi-infection* eberthienne, et nous ne pouvons que souscrire à l'idée de Besançon et Philibert qui rangent ces types divers sous le nom de septicémie pure.

Toutefois la question serait régulièrement restreinte si, comme ces auteurs, on envisageait la septicémie pure simplement sous sa forme aiguë mortelle. Comme l'a très justement montré le docteur Audibert, « il existe autant de septicémies eberthiennes qu'il y a de modes réactionnels de l'individu ». Donc, à côté du type aigu mortel, il existe des septicémies pures suraiguës. Ce sont ces formes foudroyantes de la fièvre typhoïde si souvent rapportées par Murchinson dans lesquelles l'autopsie ne dévoile rien du côté de l'intestin.

Puis ce sont des formes aiguës dont la septicémie du fœtus nous offre un si parfait exemple. Enfants issus de mère dothiénentérique qui meurent quelques jours après leur naissance, ayant présenté pendant tout ce laps de temps une toxi-infection relevant du bacille d'Eberth mais sans altérations spécifiques. Voilà pour les types mortels, les seuls décrits sous le nom de septicémie pure. A-t-on le droit de réserver ainsi ce nom aux seuls cas mortels? Nous ne le pensons pas. Raisonner ainsi ce serait admettre que le bacille d'Eberth est, en toutes circonstances, semblable à lui-même ou que l'organisme possède la même façon de réagir ; ce serait en somme un non-sens biologique.

Nous estimons donc avec notre maître et ami qu'il existe des septicémies pures subaiguës non mortelles. Celles-ci vont depuis le simple état eberthien de typhus levissimus, de typhoïdette, d'embarras gastrique et même de fièvre dite typhoïde apyrétique, c'est-à-dire de maladies ne présentant aucun symptôme intestinal et qu'il est impossible de considérer comme de vraies dothiénentéries jusqu'à la forme moyenne que nous décrivons, en passant par des intermédiaires nombreux (toutes les fièvres muqueuses en général) et pour lesquelles il est impossible de trouver des dénominations nouvelles.

3° La forme que nous décrivons ne constitue pas autre chose qu'une de ces modalités.

Poser ce titre, c'est donner la conclusion générale de tout notre travail; celle-ci découle, en effet, de tout ce que nous venons de dire et il n'est pas besoin de longs développements pour montrer quelle place doit occuper,

dans la pathologie eberthienne, la forme moyenne de la septicémie pure subaiguë.

Nous dirons donc qu'il existe en clinique, à côté des formes mortelles de septicémie pure rangées à tort sous le nom de fièvre typhoïde sans lésion intestinale, d'autres formes journellement observées qui se rapprochent du tableau de la dothiénentérie curable, mais qui s'en distinguent par l'intégrité de l'état général et surtout par l'absence de phénomènes intestinaux. La maladie frappe l'individu à l'allure d'une simple toxi-infection subaiguë sans localisation spécifique d'organes. Le terrain résiste, la maladie passe, et, malgré l'absence de vérifications anatomiques, il nous semble qu'on peut, sans hésiter, affirmer la forme moyenne de la septicémie eberthienne pure subaiguë.

TRAITEMENT

La façon dont nous avons envisagé les affections eberthiennes dicte une méthode thérapeutique dont l'esprit est tout autre que celui de la méthode classique. On a fait jusqu'ici le traitement de la fièvre typhoïde, or il est de toute évidence qu'il ne saurait y avoir le traitement d'une maladie mais bien d'un malade ou plutôt des réactions morbides que présentent les malades. Cette formule est encore plus vraie si on l'applique aux affections engendrées par le bacille d'Eberth ; il faudra en définitive faire une thérapeutique rationnelle qui variera suivant les indications fournies par les diverses formes du processus.

Voici donc comment avec le Dr Audibert nous traitons les individus atteints de septicémie pure subaiguë.

Etat toxi-infectieux. — Donc au début débarrasser l'organisme par un purgatif léger à l'huile de ricin. Repos complet au lit, alimentaire, physique et moral. Lait en quantité abondante. A la période d'état : purgation de temps en temps ; un gramme de quinine en vingt-quatre heure à dose fractionnée à titre d'agent tonique et anti-infectieux sanguin. Quant aux bains nous les donnerons

tièdes, deux seulement par jour à titre de sédatif général et d'antithermique. On s'en abstiendra la nuit et ils seront supprimés s'ils fatiguent trop le malade.

Intégrité de l'état général. — Donc s'abstenir de toute préparation pharmaceutique. Le malade sera alimenté dès qu'il en sentira le besoin, c'est-à-dire de bonne heure. En pleine période d'état nous n'hésiterons pas à soutenir ses forces. A cet effet nous prescrirons deux litres de lait par jour.

Au petit déjeuner : un lait de poule avec une cuillerée de rhum. A midi : une purée, et comme dessert une banane ou des châtaignes bouillies si la saison le permet. Dans l'après-midi : un autre lait de poule dans lequel le malade pourra tremper une galette sèche. Rapidement ce régime sera augmenté et nous laisserons manger le malade à sa faim, quitte à choisir une alimentation légère.

Pas de phénomènes intestinaux. — Donc éviter ces entéroclyses répétées qui sont une corvée pour le malade et pour son entourage. Tout au plus donnera-t-on à titre d'évacuant quelques lavements chlorurés à 7 pour 1000. C'est cette absence de phénomènes intestinaux qui nous autorise à alimenter les malades comme nous le faisons. Pendant la convalescence nous prescrivons volontiers des préparations à base de strychnine et d'arsenic.

Tel est en quelques mots notre traitement. Il est modeste, comme on le voit, mais il est logique puisqu'il suit pas à pas les indications thérapeutiques d'un syndrome subaigu et curable.

CONCLUSIONS

1° Il existe un état pathologique que nous désignons avec le docteur Audibert sous le nom de septicémie eberthienne pure de forme moyenne.

2° Celui-ci se caractérise par le tableau d'une toxi-infection sans manifestation organique. Deux symptômes sont pathognomoniques : l'intégrité de l'état général et l'absence de phénomènes intestinaux.

3° L'évolution présente une allure subaiguë plus ou moins intense mais toujours bénigne.

4° Cette forme du processus eberthien, très fréquemment observée en clinique mais non encore individualisée avant les travaux du docteur Audibert et le nôtre, doit donc soigneusement être différenciée de la dothiénentérie.

5° Le diagnostic différentiel sera posé entre toutes les maladies purement septicémiques à forme subaiguë, et

spécialement la fièvre de Malte et les infections paratyphoïdes.

6° Le traitement diffèrera sensiblement de celui de la fièvre typhoïde, et la température ne sera pas une contre-indication à l'alimentation.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard et Bensaude. — Soc. méd. hôp. Paris, 1896.

Audibert. — Marseille médical 1908, n° 18.

— Revue de médecine. Paris, 10 mai 1909.

— La Clinique. Paris, 22 octobre 1909.

— Le processus eberthien. Com. méd. des B.-d.-R., déc. 1909.

— Gazette des hôpitaux, 1910.

Besançon et Philibert.— Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1901.

— Journ. phys. et path. gén., 1904.

Blum. — Semaine médicale, 11 septembre 1907.

Blumenthal. — Deutsch. med. Woch., 1902, t. XVIII, p. 621.

Brault et Farcy.— Arch. méd. expér., nov. 1908.

Chantemesse et Ramond. — Compte rendu Soc. de biol., 1897.

Chantemesse et Widal. — Société anatomique, 1886.

— Archives de physiologie, 1887.

— Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1890.

— Annales Institut Pasteur, 1892.

Conradi.— Deutsch. med. Woch., 1907, n° 41.

Conradi et Krayser. — Deutsch. med. Woch., 11 janvier 1906.

Courmont et Lesieur. — Bull. Soc. med. hôp. Paris, 1902.

— Journ. de phys. et path. gén., 1903.

Coze et Feltz Rech. — Cliniq. et expér. sur maladies infect., 1872.

Drigalski et Conradi. — Zeitsch. für Hyg. und Inf., 1902.

Foster et Krayser. — Münch. med. Woch., août 1905.

Frænkel et Simmonds. — 1886.

Gafky. — Mittheil. aus den Kaiserlich Gesünd, 1884.

Gilbert et Girode. — Compte rendu Soc. biol., 9 mai 1891.

Granjux. — Bulletin médical, octobre 1909.

Grandmaison. — Arch. de médecine expérimentale, 1900.

Guanieri. — Rev. gén. mal. clin. méd., 1892.

Ganizenski. — Münch. med. Woch., 1893.

Garlinski. — Presseglad Lekarski, 1889.

Lannois. — Gazette des hôpitaux, 1908.

Legendre. — Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1901.

Lemierre. — Thèse de Paris, 1904.

Louis. — Recherche sur la fièvre entéro-mésentérique. Paris, 1827-1840.

Metin. — Annales Institut Pasteur, 1900.

Mongour. — Soc. de biologie, 1904.

Murchinson. — La fièvre typhoïde. Traduction Lutaud. Paris, 1878.

Neisser. — Zeit. für Hyg. und Infect. Krank. Juin 1896.

Netter. — Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1907.

Neuhaüss. — Berlin. klin. Woch., 1906.

Neumann. — Berlin. klin. Woch., 1896.

Petrusky.— Zeit. für Hyg., 1892.

Pitchi. — Lo Sperimentale, 1889.

Remlinger. — Presse médicale, 1906.

— Compte rendu Société biologie, 1907.

Ricklin. — Revue internationale thérapeutique, 1906-1907.

Roger et Bory. — Archives med. exp. et anat. pathol., avril 1909.

Sacquepée. — Bull. Soc. méd hôp. Paris, 1903.

Sacquepée et Chevrel. — Progrès médical, 6 fév. 1909.

Sacquepée et Loiseleur. — Compte rendu Soc. biol., 1907.

Sacquepée et Perquis. — Soc. méd. hôp., 1903.

Sanigery. — Journal de méd. int. Paris, 1909.

Sanarelli. — Annales Institut Pasteur, 1894.

Sergent. — Bull. Soc. méd. hôp. Paris, 1901, p. 57.

Seitz. — Bakter Stüd zür Typhusœtiologie. Leipzig, 1886.

Sevestre. — Bull. Soc. anat. Paris, 1870.

Shottmüller. — Deutsch. med. Woch., 1900.

— Zeit. für Hygiene, 1901.

— Munch. med. Woch., 1902.

Silvestrini. — Riforma med., 1894.

— Sett. med. dello sperimentale, 1897.

Sirotinni. — Zeitsch. für Hygiene, 1886.

Tarozzi. — Clinica moderna, 16 avril 1902.

Talayrach. — Arch. med. et pharm. milit., n° 11, 1903.

Teissier. — Thèse Paris, 1872.

Tissier. — Arch. méd. expér. et anat. path., 1895.

Trouilleur. — Thèse Lyon, 1908.

Vaillard et Vincent. — Bull. Soc. med. hôp., Paris, 1890.

Vincent. — Annales Inst. Pasteur, 1893, p. 141.

— Bull. Soc. méd. hôp., Paris, 1891, p. 561.

Walter-Cygnœus. — Ziegl. Beit. zur Anat. und All. Publ., 1890.

Wĕler. — Sem. méd., 19 mai 1909.

Weinberg. — Compte rendu Soc. de Biol., 1906, p. 648.

WIDAL. — Bull. Soc. méd. hôp., 1900.

— Bull. Soc. méd. hôp., 1902.

WIDAL et RAVAUT. — Soc. méd. hôp., Paris, 1902, t. XIX, p. 45-46.

WURTZ. — Comple rendu Soc. biologie, 1892, p. 192.

WYSSOKOWITSCH. — Zeitsch. für Hygiene, t. I, p. 3.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 11 mai 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
LÉON-G. PÉLISSIER.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 11 mai 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE